

У 35 пациенток РМЖ интракраниальные метастазы выявлены в сроки от 1 до 400 месяцев, с медианой – 37 месяцев, при I стадии – с медианой 52 месяца, при II - 31 месяц, III – 42,5 месяца, IV - 2,5 месяца.

Статистический анализ был проведен пакетом прикладных программ Statistica 6.0 (StatSoft, USA) с расчетом частоты признака, 95% доверительного интервала (95% ДИ), медианы и интерквартильного интервала Me (LQ-UQ).

Результаты и обсуждение. Локализация метастазов в головном мозге не зависела от локализации первичной опухоли РМЖ и в высоком проценте – 43,2% - 45,7% случаев поражаются теменно-височные отделы мозга. Поражение мозжечка наблюдалось у 12 (34,29%) женщин. Размеры метастаза по наибольшему диаметру колебались от 1,0 до 6,5 см (медиана – 2,5 см).

При метастазах в головной мозг неврологическая картина включает общемозговые и очаговые симптомы и зависит от локализации метастаза. Нередко присутствуют и менингеальные симптомы. Основными симптомами метастаза РМЖ в головной мозг являются: прогрессирующая постоянная головная боль, без какой либо латерализации, которая наблюдалась у всех пациентов (100%), чаще в лобно-височных областях с двух сторон (у 80% пациентов). У 60% женщин (n=21) жалобами были также чувство давления в голове, головокружение, тошнота и рвота, отсутствие аппетита.

Изменение поведения и изменения личности были отмечены родственниками 8 пациенток (22,86%). Частым признаком РМЖ в головной мозг являлось расстройство зрения – затуманивание, двоение зрения, выпадение поля зрения. Данные симптомы были выявлены у 26 человек (74,29% случаев).

При одиночном метастазе у 9 пациенток (25,71%) с РМЖ отмечались судороги, которые возникали ночью, либо рано утром, при этом у 3 пациенток судорожный приступ был единственной жалобой. Рак молочной железы (n=24) чаще всего давал множественные метастазы в головной мозг (68,57%), сопровождающийся выраженным отеком соответствующей доли или области головного мозга. Поражения левой лобно-теменной области (17,14%) сопровождались выраженной головной болью, нарушением речи, памяти, парезом и парестезиями в правых верхних конечностях, левая височная область (11,42%) – эпилептиками, правая затылочная область (8,57%) сопровождалась головной болью и зрительными галлюцинациями, с выпадением поля зрения, правая теменная доля (22,85%) – судорожным синдромом и семантической афазии, оболочки головного мозга (5,71%) с выраженными менингеальными симптомами.

Выводы. У пациенток с РМЖ симптомы поражения головного мозга связаны с повышением внутричерепного давления, что проявляется головными болями распирающего характера, тошнотой и рвотой. Часто (34,27%) у больных с РМЖ могут отмечаться эпилептиформные судороги. Очаговые неврологические симптомы зависят от расположения опухоли в том или ином отделе мозга. К очаговым симптомам относятся: нарушения чувствительности (ее снижение, гипестезия или отсутствие – анестезия), двигательные нарушения (параличи и парезы рук и ног, или той или иной половины лица), нарушения речи, зрения.

Литература

1. Xiaoyun Cheng. Breast cancer brain metastases / Xiaoyun Cheng, Mien-Cgie Hung // Cancer and Metastasis Reviews. – 2007 Dec. – Vol. 26. – Is. 3. – P. 635-643.
2. Metastatic behavior of breast cancer subtypes / H. Kennecke [et al.] // J Clin Oncol. – 2010. – Vol. 28. – P. 3271-77.
3. Tabassum, W. Brain metastases from breast cancer: Management approach / W. Tabassum // Journal of Cancer research and therapeutics. – 2007. – Vol. 3. – P. 157-165.
4. Leone Jose Pablo. Prognostic factors and survival of patients with brain metastasis from breast cancer who underwent craniotomy / Jose Pablo Leone, Adrian V. Lee, Adam M. Brufsky // Cancer Medicine. – 2015 Mar 9. – Vol. 4, Is. 7. – Article first published online:
5. The effect of tumor subtype on the time from primary diagnosis to development of brain metastases and survival in patients with breast cancer / P. W. Sperduto [et al.] // J Neurooncol. – 2013. – Vol. 112. – P. 467-72.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ РАКЕ ЛЕГКИХ

Кубраков К.М., Гидранович А.В., Чулков А.А., Василевская Л.Г., Абодовский С.А.
УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Метастатическое поражение головного мозга – серьезное осложнение течения рака легкого (РЛ), которое отмечается в 34 - 66% случаев. По числу больных, у которых выявлены метастазы в головной мозг, РЛ занимают ведущее место [1]. Это связано с высокой заболеваемостью РЛ и со значительной частотой метастазирования в мозг. Метастазы при РЛ появляются синхронно либо в течении одного года после начала развития болезни.

Внутричерепные метастазы в 10 - 22% могут быть первым проявлением РЛ [1]. Согласно морфологической классификации Всемирной организации здравоохранения выделяют 4 основные группы РЛ:

мелкоклеточный, плоскоклеточный, аденокарциному и крупноклеточный рак [1,2]. Три последних относятся к немелкоклеточному раку легкого (НМРЛ), который составляет 80-85% случаев рака легких.

При мелкоклеточном раке легкого (МРЛ) метастазы в головном мозгу обнаруживаются в большинстве случаев в течение первого - второго года заболевания, частота их колеблется при жизни от 14,8% до 48,8% [2]. МРЛ является более агрессивным и метастазирует в мозг быстро, часто до установления диагноза первичного рака легких. НМРЛ метастазирует в мозг на более поздних стадиях, что обусловлено более высокой дифференцировкой опухоли [2]. Согласно сведениям Chiara D'Antonio (2014), большинство метастазов в головной мозг (80%) обычно возникают в больших полушариях, 15% в мозжечке и 5% в стволе мозга [3].

Медиана выживаемости для пациентов с метастазами НМРЛ составляет 4,5 месяца (95% ДИ: 3,6 - 9,8) по данным Abdulrahman Ali Alshehri [4].

По данным Mirko Lekic (2012) При множественных метастазах МРЛ в головной мозг нельзя категорично представлять отрицательный прогноз, т.к. каждый случай индивидуальный и требует детального рассмотрения. Однако если говорить в целом, средняя выживаемость этих пациентов по-прежнему остается низкой и составляет 9 месяцев, наблюдаемых в исследовании [5].

Цель. Изучить особенности метастатических поражений головного мозга при раке легкого.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 57 пациентов с РЛ у которых имелись метастазы в головной мозг. Медиана среднего возраста составила 60 (56-63) лет. Среди них 53 человека (92,98%) лица мужского пола, 4 – женского (7,02%). Медиана возраста мужчин составила 58 (55-62) лет, женщин – 71 (64-78) год. У 20 пациентов был выявлен центральный РЛ (35,09%) (95% ДИ 22,31-47,86), у 37 (64,91%) (95% ДИ 52,14-77,69) – периферический РЛ. Рак левого легкого выявлен у 20 пациентов (35,09%) (95% ДИ 22,31-47,86), правого - у 37 (64,91%) (95% ДИ 52,14-77,69).

Гистологическая структура РЛ была представлена НМРЛ в (73,68%) (95% ДИ 61,90-85,47) случаев (n=42), МКЛ – в (26,32%) (95% ДИ 14,53-38,10) случаев (n=15). НМРЛ включал аденокарциному у 14 пациентов (24,56%) (95% ДИ 13,04-36,08) и плоскоклеточный рак (49,12%) (95% ДИ 35,74-62,51) – у 28 человек. У 18 пациентов (31,57%) (95% ДИ 27,74-35,71) были выявлены метастатические поражения костей конечностей и позвоночника, у 39 (68,42%) (95% ДИ 63,54-73,37) регионарные лимфоузлы и узлы средостения. Первичным проявлением РЛ у 2 человек был одиночный метастаз в головной мозг, который был удален оперативным путем с последующим гистологическим исследованием и установлением диагноза РЛ.

У 57 пациентов РЛ метастазы в головной мозг были выявлены в сроки от 1 до 31 месяца, с медианой – 10 месяцев. Статистический анализ был проведен пакетом прикладных программ Statistica 6.0 (StatSoft, USA) с расчетом частоты признака, 95% доверительного интервала (95% ДИ), медианы и интерквартильного интервала Me (LQ-UQ).

Результаты и обсуждение. Метастазы РЛ в головном мозге у 48 человек располагались (84,21%) (95% ДИ 78,23-91,15) супратенториально, у 6 (10,52%) (95% ДИ 4,18-16,26) в мозжечке (субтенториально). Супра- и субтенториальная локализация была выявлена у 3 пациентов (5,26%).

Локализация метастазов в головном мозге достоверно не зависела от локализации первичной опухоли РЛ. Однако при раке правого легкого метастазы чаще выявлялись в правой теменной доле головного мозга (23 человека) – 40,35% случаев. Метастаз аденокарциномы РЛ у 10 (17,54%) пациентов локализовался в лобной доле. Размеры внутримозгового метастаза колебались от 2,0 до 8,5 см (медиана – 4,5 см). Неврологическая картина включала общемозговые и очаговые симптомы и зависела от локализации метастазов.

Основным очаговым симптомом метастаза РЛ в головной мозг являлся контралатеральный гемипарез, который был установлен в 56,14% случаев (32 пациента). Нарушения речи наблюдались у 8 пациентов (14,04%) в виде моторной афазии, у 6 (10,52%) – сенсорной афазии, у 11 (19,29%) – амнестической. Поражения левой лобно-височной области (17,54%) сопровождалась нарушением речи, памяти и правосторонним гемипарезом.

Изменения поведения и психики отмечались у 23 пациентов (40,35%). У 11 человек (19,30%) с заболевание начиналось с эпилептического приступа, который возник ночью. Практически у большинства пациентов (75,43% случаев) присутствовала прогрессирующая постоянная головная боль, которая локализовалась в лобно-височных областях с двух сторон. У 100% пациентов наблюдалось головокружение, тошнота, рвота. Все пациенты жаловались на отсутствие аппетита. Более чем у 80% человек отмечалась потеря массы тела за 1-2 месяца.

Выводы. У пациентов с РЛ очаговые симптомы метастатического поражения головного мозга в 56,14% случаев характеризуются контралатеральным гемипарезом, в 43,85% - нарушениями речи. Изменения поведения и психики отмечаются в 40,35% случаев. Наиболее частая локализация метастазов РЛ в головной мозг – правая теменная доля (40,35% случаев). У 80% человек с внутримозговым поражением РЛ отмечается потеря массы тела за 1-2 месяца.

Литература

1. Metastatic Brain [Электронный ресурс] // Tumors American Brain Tumor Association Publications. – Режим доступа: <http://www.abta.org/brain-tumor-information/publications>. – Дата доступа: 28.11.2015.

2. Brain, Tumors [Электронный ресурс] // Brain Tumors // Columbia Neurosurgery. – Режим доступа: <http://www.columbianeurosurgery.org/conditions/brain-tumors>. – Дата доступа: 28.11.2015
3. Chiara D'Antonio Bone and brain metastasis in lung cancer: recent advances in therapeutic strategies / Chiara D'Antonio // Ther Adv Med Oncol. – 2014 May. – Vol. 6, N 3. – P. 101–114.
4. Brain metastasis as initial presentation of non-small cell lung cancer / Ali Alshehri Abdulrahman [et al.] // J Clin Oncol. – 2014. – Vol. 32. – Suppl. – Abstr. e19152.
5. Outcome of small cell lung cancer (SCLC) patients with brain metastases in a routine clinical setting / Mirko Lekic [et al.] // Radiol Oncol. – 2012 Mar; Vol. 46, N 1. – P. 54–59.

СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ СТОЙКИХ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЯХ НОСА

Куницкий В.С.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Бытовой, социальный и криминальный травматизм способствует росту числа лиц с различными деформациями лицевого скелета. Одна из причин, приводящая к смещению перегородки носа – травма, также является ведущей причиной развития деформаций костного скелета пирамиды носа, что обуславливает высокий удельный вес пациентов с данной патологией, проходящих лечение в специализированных оториноларингологических отделениях – 14% [2, 3]. Стойкие посттравматические деформации наружного носа в сочетании со смещением перегородки носа различной формы и выраженности, нередко приводят к глубоким функциональным и косметическим нарушениям, прежде всего дыхательной функции, что негативно сказывается как на физическом состоянии пациента, так и его психике [3].

Восстановление формы наружного носа – операция ринопластика как и раньше, часто выполняется врачами челюстно-лицевыми хирургами, стоматологами, что не позволяет в полной мере проводить коррекцию структур полости носа и в частности перегородки носа [1].

Следует отметить, что устранить указанные нарушения нелегко, особенно при комбинированных деформациях наружного носа, т.е. когда деформируются не только элементы наружного носа (носовая пирамида), но и перегородка носа. В этих случаях корригирующие операции ряд ринохирурги предпочитают выполнять в один этап, начиная с коррекции перегородки носа. Пластическое устранение деформации наружного носа имеет своей целью восстановление не только формы наружного носа, но и хирургическое вмешательство на перегородке носа и при необходимости на носовых раковинах [3].

Цель. Изучить эффективность одномоментных (симульных) вмешательств на структурах наружного носа и перегородке носа.

Материал и методы. Нами изучены медицинские карты стационарных пациентов, прооперированных в оториноларингологическом отделении для взрослых УЗ «Витебская областная больница». Нами отобрано 98 карт. Из них 85 пациентов мужчины (86,7%), женщин – 13 (13,3%). Лиц, в возрасте от 20 до 30 лет – 57 (58,2%), старше 30 лет – 41 (41,8%). Давность заболевания от 2 до 6 лет отмечена у 41, от 5 до 10 лет – 44, более 10 лет – у 13 пациентов. Все пациенты имели различной степени выраженности смещения перегородки носа, приводящие к затруднению носового дыхания.

Выявлены следующие посттравматические деформации: риносколиоз – боковое смещение носа – у 72 (73,5%), ринолордоз – западение спинки носа (седловидный нос) – у 8 (8,2%), ринокифоз – образование горба по линии спинки носа – у 8 (8,2%), комбинированные деформации – у 10 пациентов (10,1%).

Результаты исследования. Всем пациентам на первом этапе была выполнена септопластика по одной из методик: G. Killian с реплантацией хряща и M. Cottle. Извлеченный во время септопластики фрагмент четырехугольного хряща моделируется интраоперационно в виде плоской пластины. После чего пластина реимплантируется между мукоперихондриальными листками, что способствует упругости хрящевого отдела скелета носа и предотвращает флотирование перегородки и образование перфораций ее.

Восстановление формы носа достигалось за счет правильно выполненной остеотомии и репозиции скелета наружного носа, без которой невозможно получить положительные косметические результаты. Остеотомия выполнялась по трем направлениям – слева, справа в месте перехода костных стенок носа в переднюю поверхность верхней челюсти, а также у переносицы. Иногда можно ограничиваться мобилизацией только с одной стороны. В ряде случаев, когда носовые кости резко деформированы, их фрагментируют на несколько частей. После остеотомии скелет наружного носа смещается в срединное положение за счет пальцевого давления или ринокластом оригинальной конструкции.

После наложения швов полость носа тампонируют (на 48 ч). Пальчиковыми тампонами. Наружный нос фиксируют гипсовой лонгетой.

По мере уменьшения отека производим смену гипсовой повязки (1-2 раза). После снятия первой повязки можно выявить более или менее выраженные выпячивания (следствие недостаточного погружения фрагментов